



# WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE \_\_\_\_\_

NIÑEZ TEMPRANA: 4 AÑOS																																																																																	
<b>A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)</b>	NOMBRE DEL NIÑO(A)		TRAÍDO POR																																																																														
	ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES																																																																														
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:																																																																														
	<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Mi niño(a) come una variedad de alimentos.		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Mi niño(a) puede saltar en un pie.																																																																														
<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Mi niño(a) se lleva bien con otros niños.		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Mi niño(a) puede cantar una canción.																																																																															
<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Mi niño(a) puede vestirse solo(a).																																																																																	
WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE																																																																															
		BLOOD PRESSURE																																																																															
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____																																																																															
<b>Screening:</b>		<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral																																																																															
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">MHZ</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td>Hearing Screen</td> <td>4000 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2000 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1000 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>500 _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Vision Screen</td> <td>20/ _____</td> <td>20/ _____</td> <td></td> </tr> </table>			MHZ	R	L	Hearing Screen	4000 _____	_____	_____		2000 _____	_____	_____		1000 _____	_____	_____		500 _____	_____	_____	Vision Screen	20/ _____	20/ _____		<b>Health Education: (Check all discussed/handouts given)</b> <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Regular Physical Activities <input type="checkbox"/> Car Safety/ Booster Seat <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules <input type="checkbox"/> Books/Reading <input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Limit TV/Computer Time <input type="checkbox"/> Helmets <input type="checkbox"/> Other: _____																																																							
	MHZ	R	L																																																																														
Hearing Screen	4000 _____	_____	_____																																																																														
	2000 _____	_____	_____																																																																														
	1000 _____	_____	_____																																																																														
	500 _____	_____	_____																																																																														
Vision Screen	20/ _____	20/ _____																																																																															
Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive   Language/Communication Gross Motor   Social/Emotional   Fine Motor		<b>Assessment/Plan:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____																																																																															
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>Behavior</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mental Health</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Physical:</td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>General appearance</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chest</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Skin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lungs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Head</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cardiovascular/Pulses</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eyes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ears</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Genitalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Spine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oropharynx/Teeth</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremities</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neck</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologic</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nodes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Gait</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			N	A		N	A	Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physical:	N	A		N	A	General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>IMMUNIZATIONS GIVEN</b> _____ _____ _____	
	N	A		N	A																																																																												
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Physical:	N	A		N	A																																																																												
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																												
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____		<b>REFERRALS</b> _____ _____																																																																															
<b>NEXT VISIT: 5 YEARS OF AGE</b>		HEALTH PROVIDER NAME																																																																															
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS																																																																															

## Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (4 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes    No

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dresses with supervision.                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Plays games with other children (e.g., tag).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says first and last name when asked.</u>         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks up and down stairs, alternating feet.         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Balances on each foot for 2 seconds.</u>         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copies a circle.                                    |

Inappropriate play with toys/no pretend play.
---

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



# La salud de su niño(a) a los 4 años

## Indicadores de logros

### Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 4 y 5 años de edad.

Sube y baja escaleras fácilmente.

Salta.

Habla utilizando frases más largas.

Habla de lo que pasará mañana y lo que pasó ayer.

Puede contar con sus propios dedos.

Reconoce algunas letras.

Recuerda su dirección y número telefónico.

Juega a disfrazarse.

### Ayuda a su niño/a a aprender nuevas aptitudes cuando juega con él/ella.

## Para ayuda o más información

**Libros para niños sobre temas que encuentra difíciles de discutir:** Pregunte en el departamento de salud local, o al bibliotecario de su biblioteca pública.

**Para ayuda de cómo enseñarle a su niño(a) sobre seguridad con el fuego:** Hable con los bomberos del destacamento de su localidad.

**Habilidades o apoyo para la crianza:** Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Recursos para familias del noroeste, 1-888-746-9568 Clases en el Colegio Comunitario local

## Consejos de salud

Su niño(a) necesitará ciertas inmunizaciones antes de comenzar la escuela. Asegúrese de suministrárselas pronto. Si ha decidido no administrar ciertas vacunas a su niño(a), deberá firmar un formulario de exención.

Ofrezca a su niño(a) al menos cinco porciones pequeñas de frutas y vegetales diariamente. Éstos son alimentos sanos y excelentes bocadillos.

¡Ayude a que su niño(a) duerma lo suficiente para que sea más feliz y aprenda más fácilmente! Acuéstelo(a) temprano para que duerma de 10 a 12 horas durante la noche. Siga una rutina a la hora de dormir para calmarle. Léale un cuento o conversen antes de dormir.

## Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Aliente a su niño(a) para que utilice palabras para explicar por qué está enojado(a) o triste. Enséñele haciendo usted lo mismo.

Reserve un momento todos los días para leer, armar un rompecabezas o jugar afuera con su niño(a).

Los niños tienen una curiosidad natural con su cuerpo. Las respuestas simples y honestas harán que su niño(a) se sienta bien con su cuerpo. Use los nombres reales de las partes íntimas.

## Consejos de seguridad

¡Las sillas infantiles reforzadas para automóviles son para niños grandes! Use una en el asiento trasero de su automóvil con cinturón para el regazo y los hombros hasta que su niño(a) sea lo suficientemente alto para usar cinturones de seguridad para adultos. Pronto se requerirán sillas reforzadas para niños de 6 a 60 libras.

Asegúrese de que su niño(a) sepa su dirección y número telefónico. Enséñele cómo llamar al 911 en caso de emergencia. Dígale que se quede en la línea si tiene que llamar por ayuda. Practique en casa con un teléfono de juguete.

Enseñe a su niño(a) a detenerse, tirarse al piso y rodar en caso de que su ropa se prenda fuego.